



Formulaire de consentement d'échange des données médicales du patient

Madame, Monsieur,

Dans un souci de collaboration étroite entre notre institution et vos médecins traitant (généralistes et spécialistes) et de suivi rapide et efficace pour pouvoir vous assurer la continuité des soins, HIS a développé un logiciel de consultation de vos données médicales des hôpitaux IRIS Sud par vos médecins traitant, s'ils en ont fait la demande, depuis leurs cabinets de consultation.

Ceci a été réalisé en veillant à respecter la « loi du 8.12.1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel » ainsi que le « règlement interne relatif à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel des patients ». L'accès peut à tout moment être révoqué sur simple demande de votre part.

D'autre part, HIS s'inscrit également dans la démarche fédérale de communication de données médicales via le Réseau de Santé Bruxellois (Pour plus d'informations : www.abrumet.be).

Je soussigné(e) (Nom-Prénom)

Date de naissance : / /

Atteste par la présente que l'accès à tout mon dossier médical des Hôpitaux Iris Sud peut être accordé au(x) (Merci de préciser Nom, Prénom et adresse du cabinet)

- Dr

- Dr

- Dr

- Dr

Autorise la communication des données médicales me concernant, via le Réseau Santé Bruxellois, aux médecins participant à la continuité des soins me concernant et je déclare accepter les modalités de ces communications qui sont indiquées sur le site internet www.abrumet.be, et je reconnais être informé de la possibilité de rectification et de suppression de ces données.

Fait à, le / /

Signature

Ce document est à retourner au service des admissions

Nederlandse tekst op keerzijde